

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 28 Avril, 1904 à 1 heure.*

PAR

**André COËYLAS**

Ancien Externe des Hôpitaux

---

**PATHOGÉNIE ET SYMPTOMATOLOGIE**

**DU VOMISSEMENT**

**Dans la tuberculose pulmonaire**

---

*Président : M. CHANTEMESSE, professeur.*

*Juges : { M. POUCHET, professeur.  
MM. WURTZ, DUPRÉ, agrégés.*

---

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

---

**PARIS**

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**H. JOUVE**

15, rue Racine, 15

---

1904

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |              |                    |
|--------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                 |              | M. DEBOVE.         |
| <b>Professeurs</b> .....                                           |              | MM.                |
| Anatomie.....                                                      |              | P. POIRIER         |
| Physiologie.....                                                   |              | CH. RICHET.        |
| Physique médicale.....                                             |              | GARIEL.            |
| Chimie organique et Chimie minérale.....                           |              | GAUTIER.           |
| Histoire naturelle médicale.....                                   |              | BLANCHARD          |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         |              | BOUCHARD           |
| Pathologie médicale.....                                           | }            | HUTINEL.           |
| Pathologie chirurgicale.....                                       |              | BRISSAUD.          |
| Anatomie pathologique.....                                         |              | LANNELONGUE        |
| Histologie.....                                                    |              | CORNIL.            |
| Opérations et appareils.....                                       |              | MATHIASDUVAL       |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             |              | RECLUS.            |
| Thérapeutique.....                                                 |              | POUCHET.           |
| Hygiène.....                                                       |              | GILBERT.           |
| Médecine légale.....                                               |              | CHANTEMESSE        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    |              | BROUARDEL          |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          |              | DEJERINE.          |
| Clinique médicale.....                                             | }            | HAYEM.             |
|                                                                    |              | DIEULAFOY.         |
|                                                                    |              | DEBOVE.            |
|                                                                    |              | LANDOUZY.          |
| Maladie des enfants.....                                           |              | GRANCHER.          |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... |              | JOFFROY.           |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               |              | GAUCHER.           |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      |              | RAYMOND            |
| Clinique chirurgicale.....                                         | }            | TILLAX.            |
|                                                                    |              | LE DENTU.          |
|                                                                    |              | TERRIER.           |
| Clinique ophtalmologique.....                                      |              | BERGER.            |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     |              | DE LAPERSONNE      |
| Clinique d'accouchements.....                                      | }            | GUYON.             |
|                                                                    |              | BUDIN.             |
| Clinique gynécologique.....                                        |              | PINARD.            |
| Clinique chirurgicale infantile.....                               |              | POZZI.             |
|                                                                    |              | KIRMISSON.         |
| <b>Agrégés en exercice.</b>                                        |              |                    |
| MM.                                                                |              |                    |
| ACHARD                                                             | FAURE        | LEGUEU             |
| AUVRAY                                                             | GILLES DE LA | LEPAGE             |
| BESANCON                                                           | TOURETTE     | MARION             |
| BONNAIRE                                                           | GOSSET       | MAUCLAIRE          |
| BROCA (Aug.).                                                      | GOUGET       | MERY               |
| BROCA (André)                                                      | GUIART       | POTOCKI            |
| CHASSEVANT                                                         | HARTMANN     | REMY               |
| CUNEO                                                              | JEANSELME    | RENON              |
| DEMELIN                                                            | LANGLOIS     | RICHAUD            |
| DESGREZ                                                            | LAUNOIS      | RIEFFEL (chef      |
| DUPRE                                                              | LEGREY       | des travaux anat.) |
|                                                                    |              | TEISSIER           |
|                                                                    |              | THIERY             |
|                                                                    |              | THIROLOIX          |
|                                                                    |              | THOINOT            |
|                                                                    |              | VAQUEZ             |
|                                                                    |              | WALLICH            |
|                                                                    |              | WALTHER            |
|                                                                    |              | WIDAL              |
|                                                                    |              | WURTZ              |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

R. LAVIGNE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

# PATHOGÉNIE ET SYMPTOMATOLOGIE

DU

## Vomissement dans la tuberculose pulmonaire

---

### AVANT-PROPOS

L'intégrité des fonctions digestives chez le tuberculeux, à quelque rang social qu'il appartienne, est d'une importance considérable au point de vue du pronostic. C'est ainsi qu'on a pu classer les tuberculeux en deux grandes catégories : ceux qui pouvaient se nourrir et ceux qui ne le pouvaient pas. Les malades de la première catégorie, s'ils ne souffrent point d'une tuberculose aiguë qui les emportera en quelques semaines (c'est d'ailleurs surtout les tuberculeux chroniques dont nous nous occuperons dans ce travail), peuvent espérer jusque dans les dernières périodes de leur maladie.

Les malades de la seconde catégorie, au contraire, voient leur force rapidement diminuer et le bacille tuberculeux, évoluant en un terrain qui s'affaiblit de plus en plus et qui offre chaque jour moins de résistance, accroit facilement sa viru-

lence. En outre, au bacille tuberculeux et à ses toxines viennent s'ajouter des microbes d'infection secondaire qui hâtent la consommation du malade. La mort, si elle n'est pas causée par le processus tuberculeux lui-même, se produit donc du fait d'accidents aigus ou chroniques dus aux infections surajoutées.

Parmi les causes qui apportent une entrave à l'alimentation du tuberculeux, nous devons mettre en première ligne le vomissement.

Sa pathogénie encore fort discutée nous a semblé mériter une étude approfondie, étant données les conséquences médicales et sociales qui en découlent. Nous y joindrons quelques observations que nous avons pu recueillir au cours de nos études médicales.

Mais auparavant, qu'il nous soit permis d'exprimer à nos maîtres des hôpitaux notre reconnaissance pour la peine qu'ils ont prise à nous instruire et la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Notre première année de médecine nous a laissé un excellent souvenir et nous regrettons d'être resté trop peu de temps dans les services du Dr Tapret à Lariboisière et du Dr Petit à l'hôpital de la Pitié.

M. le Dr Queyrat nous a accueilli comme externe dans son service et nous a enseigné avec clarté les éléments de la cypridologie : nous lui sommes très reconnaissant de la bienveillance qu'avec sa bonté

habituelle il nous a constamment témoignée dans la suite.

Externe en seconde année dans le service de M. le Dr Lermoyez, nous avons fort goûté son enseignement et n'avons toujours eu qu'à nous louer de ses conseils.

Que M. le professeur agrégé Roger reçoive l'expression de notre plus vive gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service et les excellentes leçons qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant notre séjour à l'hôpital temporaire d'Aubervilliers.

M. le Dr Lepage nous initia à l'art des accouchements, nous sommes heureux de l'en remercier.

M. le Dr Guillemain, puis M. le professeur agrégé Thierry nous ont enseigné avec clarté les éléments de la pathologie chirurgicale : nous les prions d'accepter l'expression de notre reconnaissance.

C'est dans le service du Dr Landrieux que nous avons recueilli une partie des faits que nous exposons dans cette thèse : nous remercions ce maître d'avoir bien voulu nous autoriser à publier les deux observations qu'on lira plus loin.

Que M. le Professeur Chantemesse veuille bien agréer l'expression de notre sincère gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

## **Pathogénie du vomissement chez les tuberculeux pulmonaires.**

Les auteurs qui ont cherché à établir la pathogénie du vomissement chez les tuberculeux pulmonaires avaient tendance à rattacher ce vomissement à une seule cause, ou du moins à une cause principale.

C'est ainsi que pour les uns (Morton, Bayle), le vomissement serait un acte purement mécanique ayant son origine dans les secousses imprimées au diaphragme par la toux.

Pour d'autres auteurs, parmi lesquels nous rangerons Peter et Marfan, il faudrait attribuer au vomissement une origine réflexe. Certains, comme Andral, rendent l'estomac responsable de tout le mal. D'autres, enfin, ne reconnaissent que la compression du pneumogastrique comme cause de vomissement dans la tuberculose (Barety).

Aujourd'hui les auteurs qui se sont occupés de la question sont à peu près unanimes à reconnaître que, dans la majorité des cas, une seule cause ne peut suffire à expliquer l'origine du vomissement. C'est la réunion de ces diverses causes, ou du moins l'association de plusieurs d'entre elles, qui nous donnera la clef et l'explication de ce symptôme.

Néanmoins, pour la clarté de ce travail, nous étu-

dierons, après avoir fait les réserves précédentes, chaque cause séparée d'une façon détaillée.

C'est ainsi que nous passerons en revue :

I. — Le vomissement d'origine réflexe ;

II. — Le vomissement d'origine gastrique ;

III. — Le vomissement dû à la compression du pneumogastrique ;

IV. — Le vomissement d'origine mécanique.

Ce n'est pas sans motif que nous réservons au vomissement d'origine mécanique la dernière place ; nous devons dire de suite que dans ce dernier chapitre nous chercherons à démontrer qu'il semble y avoir eu confusion. En réalité, le mécanisme du vomissement chez le tuberculeux pulmonaire semble être unique parmi la différence des causes. Sans doute même n'existe-t-il pas de vomissement dont l'origine soit purement mécanique. Cependant nous n'avons pas cru devoir rompre en visière avec les observations des auteurs précédents : c'est ce qui explique que nous avons conservé une classe particulière pour le vomissement de cette catégorie.

Nous devons également ajouter que les tuberculeux pulmonaires peuvent présenter au cours de leur affection des vomissements dus à une maladie surajoutée (ulcère de l'estomac, cancer de l'estomac...), ou à une complication résultant de l'envahissement de leur organisme par le processus tuberculeux (méningite tuberculeuse, granulie, péritonite tuberculeuse). Nous ne pourrions, dans

le cours de ce travail, entrer dans l'étude détaillée des vomissements de ces diverses causes, nous ne nous occuperons ici exclusivement que de la pathogénie et de la symptomatologie du vomissement chez le tuberculeux pulmonaire.

### **Vomissements d'origine réflexe.**

Si à l'état physiologique, chez un individu sain, on vient à irriter artificiellement l'arrière-bouche, la luette ou la partie postérieure du pharynx, il se produit un réflexe précurseur du vomissement.

Qu'on porte l'excitation sur des parties plus profondes — les parties supérieures du larynx, par exemple — le même réflexe se produit mais alors avec une réaction plus intense.

Il est des cas où il ne se passe pas autre chose chez les tuberculeux pulmonaires, et une simple irritation, même légère, du pharynx ou du larynx provoque un réflexe qui est suivi presque immédiatement par le vomissement. Pharynx et larynx peuvent être absolument sains, ne présenter aucune altération pathologique, mais être néanmoins d'une sensibilité toute particulière. L'origine de l'excitation est due simplement au contact du bol alimentaire au niveau des muqueuses dont nous avons parlé.

D'autres fois des particules alimentaires peuvent pénétrer à travers une glotte incomplètement fer-

mée ou entr'ouverte pathologiquement et venir irriter la muqueuse de la face interne du larynx. Dans ce cas la muqueuse des voies respiratoires supérieures se défend par la toux qui est un procédé d'expulsion vis-à-vis des particules alimentaires et le vomissement va se produire aussitôt.

Ce n'est pas seulement au niveau des premières voies digestives que peut se produire le réflexe origine du vomissement. Sans parler maintenant des cas où l'estomac présente une lésion organique qui nécessite le rejet des aliments, nous devons étudier les conditions dans lesquelles un estomac à muqueuse saine est frappé d'une intolérance véritable qui peut compromettre gravement l'alimentation du malade.

Ces vomissements sont presque toujours l'apanage des phtisiques au début de leur tuberculose. Ils constituent même pour le clinicien une forme des plus intéressantes ; car, à eux seuls, ils peuvent faire porter le diagnostic de tuberculose à cette période, s'il n'existe dans les antécédents ou dans l'état actuel du malade aucune autre cause à laquelle on la puisse attribuer.

Quelle est l'origine de ces vomissements ? Déjà Peter dans une leçon intitulée : *Pneumogastrique et tuberculisation pulmonaire*, attribuait ces phénomènes réflexes à une instabilité considérable des filets terminaux du pneumogastrique.

Pour Herard et Cornil l'estomac et les poumons étant innervés tous deux par le même nerf, les filets

nerveux qui se rendent dans la muqueuse bronchique seraient irrités, l'impression ressentie serait transmise aux centres nerveux, et, par la voie des bronches gastriques de ce même nerf ou du nerf phrénique, amènerait des contractions musculaires déterminant le vomissement.

Ainsi donc la toux jouerait le principal rôle en agissant non pas mécaniquement, mais en impressionnant le centre bulbaire producteur du vomissement. C'est l'opinion de Gronnier, c'est aussi celle de Germain Sée : « Ces efforts de toux — dit « ce dernier — excitent le centre bulbaire expira-  
« teur, c'est-à-dire, le foyer central du nerf vague  
« qui préside l'expiration ; l'innervation de ces  
« muscles expirateurs étant ainsi mise en jeu,  
« leur contraction soulève l'estomac qui est tou-  
« jours passif ».

Telle est encore l'opinion, exprimée par Spillmann dans sa thèse d'agrégation : Le centre nerveux, dont l'excitation produit la toux, étant très voisin de celui dont relève le vomissement, cet auteur admet que l'excitation se transporte de l'un à l'autre.

Dans ces conditions la toux serait une toux d'origine gastrique, et ce phénomène de la « toux émétisante » a été particulièrement étudié par M. le Docteur Mathieu (1).

1. Mathieu et J.-Ch. Roux. *Gazette des Hôpitaux*, décembre 1903.

Il se produit alors le phénomène suivant : les aliments ingérés arrivent dans l'estomac et la digestion commence. Elle s'accompagne d'une irritation toute physiologique de la muqueuse stomacale ; celle-ci, plus facilement impressionnable sans doute, puisqu'il s'agit d'un sujet tuberculeux, impressionne le pneumogastrique dans sa totalité. Le poumon réagit bientôt par la toux ; l'irritabilité nerveuse ne cesse de s'accroître et produit enfin le vomissement qui est à son tour le terme de réaction de l'estomac,

### **Vomissements d'origine stomacale.**

Nous avons vu tout à l'heure, comment la cause du vomissement chez le tuberculeux pulmonaire pouvait avoir son point de départ réflexe au niveau d'un estomac macroscopiquement sain. Nous allons étudier maintenant les cas où la muqueuse stomacale, par suite de ces altérations pathologiques, doit être incriminée, sinon comme la seule cause, du moins comme la cause principale du vomissement.

Cependant avant d'aborder l'étude de ce chapitre, nous devons citer quelques cas où, chez le tuberculeux pulmonaire, ce n'est pas une ulcération de la muqueuse stomacale qui est en jeu, mais seulement une lésion d'apparence banale des voies digestives supérieures ou même du larynx.

C'est ainsi que Grisolle signale au niveau du pharynx ou de la partie supérieure de l'œsophage de petites ulcérations qui « ne se rencontrent « dans aucune maladie autre que la tuberculose ». Ces ulcérations peuvent se rencontrer également au niveau de l'orifice supérieur du larynx (en dehors de la laryngite tuberculeuse proprement dite). On comprendra facilement que le contact du bol alimentaire procurera aux malades une sensation pénible ou même douloureuse lors de son passage au niveau de ces lésions : et le vomissement en sera la conséquence.

Arrivons maintenant aux lésions proprement dites de l'estomac. Elles peuvent être d'ordre très différent.

De tout temps, d'ailleurs, l'étude des altérations de l'estomac au cours de la tuberculose a préoccupé les auteurs. Louis avait déjà signalé la fréquence de ces lésions puisque, sur 96 autopsies, il n'avait trouvé que 17 fois la muqueuse stomacale intacte. Dans les autres cas ils se trouvait en présence tantôt d'une dilatation, tantôt d'un amincissement de la muqueuse, tantôt de véritables ulcérations.

La statistique d'Andral (1) est un peu moins pessimiste. Lui, du moins, n'a trouvé de lésions stomacales que dans les trois-cinquièmes des cas.

Ce sont le plus souvent des altérations de la

1. *Cliniq. médicale*, 4<sup>e</sup> édit,

muqueuse qu'il a rencontrées, altérations consistant en épaissement, en amincissement ou en ramollissement. « La muqueuse n'apparaissait « plus que sous la forme d'une pellicule très « mince ».

Exceptionnellement, il lui est arrivé de trouver des ulcérations (2 cas seulement).

Il semble quoi qu'il en soit, que l'auteur n'a guère fait la part des altérations cadavériques, et la description qu'il nous donne de ces lésions, y ressemble parfois.

D'autres vinrent, Grisolle, de Nemeyer, Lebert, Jaccoud, qui tous sont d'accord pour reconnaître qu'on rencontre presque toujours au cours de la tuberculose pulmonaire des symptômes de gastrite aiguë ou chronique. De même William Fox, dans sa statistique, établit que sur 31 tuberculeux atteints de vomissements et dont il fit l'autopsie il trouva 16 fois des lésions de gastrite chronique.

Cependant d'autres auteurs se montraient moins affirmatifs et Damaschino, par exemple, avec pièces à l'appui, sans nier l'existence de la gastrite au cours de la tuberculose pulmonaire, fit remarquer qu'il y a lieu souvent d'incriminer d'autres affections parmi lesquelles l'alcoolisme mérite la première place.

Il est assez rare, en somme, que nous nous trouvions en présence d'une gastrite bien caractérisée avec douleurs paroxystiques ; mais ainsi que le dit le docteur Mathieu : « les tuberculeux sont sou-

« vent dyspeptiques, et accusent des troubles légers  
« gênant leurs fonctions digestives ; ce sont tantôt  
« des sensations de gêne, de gonflement, de pe-  
« santeur, quelquefois des brûlures et très rare-  
« ment des douleurs véritables : tous phénomènes  
« traduisant un état d'irritation stomacale plus ou  
« moins vive ».

En tout cas il est fréquent de constater chez ces tuberculeux pulmonaires une douleur qui siège au niveau de la région épigastrique et qu'on réveille assez facilement par une palpation attentive pratiquée sur une ligne étendue de l'ombilic à l'appendice xyphoïde. C'est le plus généralement au niveau de la partie moyenne de cette ligne que l'on peut réveiller cette douleur. Quelquefois on voit les malades l'accuser spontanément. Cette région ainsi que l'a montré le docteur J.-Ch. Roux, correspond au plexus solaire situé profondément à ce niveau. Dans quelques cas assez rares, la grande courbure gastrique peut être sensible à la pression.

\*  
\* \*

Quelques auteurs ont voulu attribuer à l'ulcère rond une part importante dans l'étiologie du vomissement. Une statistique montrait que sur trois malades atteints d'ulcères ronds il y avait un tuberculeux. Il semble qu'on ait été un peu pressé d'établir une relation de cause à effet entre le vomissement des tuberculeux et l'ulcère rond.

Quoi d'étonnant, en effet, à ce que ces malades en proie à des troubles gastriques, avec douleurs et hématomèses, soumis pendant un temps quelquefois long à un régime débilitant parce que insuffisant, se cachectisent. Dans un tel milieu il n'est pas rare, il est même logique, pour ainsi dire, de voir se développer la tuberculose pulmonaire. Ces malades là peuvent vomir, mais ne rentrent pas dans les cas qui nous intéressent, car chez eux la tuberculose est secondaire.

Tout autres seront ceux chez lesquels l'ulcération est d'emblée d'origine tuberculeuse. Alors les phénomènes pulmonaires ont été très antérieurs aux accidents de la muqueuse gastrique. Et c'est dans ces cas là surtout qu'il est fréquent de constater des vomissements.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord pour reconnaître la valeur des ulcérations d'origine tuberculeuse.

Louis ne les admettait pas. Il n'est pas toujours aisé — quelque court que soit le laps de temps écoulé entre le décès et l'autopsie — de distinguer les ulcérations des accidents survenus sur la muqueuse après la mort. La muqueuse stomacale peut avoir subi déjà les altérations consécutives au phénomène de l'auto-digestion et malgré les ressources du microscope il y a place pour l'erreur.

Malgré ces réserves, les ulcérations d'origine tuberculeuse sont admises aujourd'hui. Lebert (1)

et après lui Spillmann (1), Rillet et Barthez et Parrot en signalèrent quelques cas. Puis furent publiées des observations avec le contrôle de l'examen microscopique, par Bignon, Liouville, Gille et Sabourin, Oppoker, Cazin et Talamon, Duguet et Ch. Remy. Plus de doute dès lors que ces ulcérations d'origine évidemment tuberculeuse ne provoquent des vomissements.

Dans ces cas le vomissement sera particulièrement douloureux et pourra aller jusqu'à l'hématémèse. Cette hémorrhagie consécutive à l'ulcération ne se montre jamais mortelle — sauf toutefois dans un cas rapporté par Cazin. Le malade mourut des suites de son hématémèse par ulcération d'un tronc important.

Cependant il est rare qu'il en soit toujours ainsi, l'ulcération demeurant ordinairement superficielle et n'atteignant pas, par conséquent, de vaisseaux importants.

### **Vomissements par compression du pneumogastrique.**

Nous avons, dans les chapitres précédents, examiné de quelle façon le vomissement peut survenir, soit par voie réflexe, soit par voie gastrique. Dans chacune de ces deux hypothèses les termi-

1. Th. d'agrégation.

naisons seules du pneumogastrique étaient en jeu. Mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. Le pneumogastrique, en effet, peut être comprimé sur son trajet et être ainsi, par suite de cette compression, une cause fréquente de vomissement chez le tuberculeux pulmonaire.

Sur ce point l'expérimentation a donné depuis longtemps des résultats positifs. Qu'il nous suffise de rappeler les expériences de Cl. Bernard. Cet auteur démontra expérimentalement le fait suivant : après section du pneumogastrique, il galvanisait le bout inférieur de ce nerf et obtenait ainsi, d'abord un arrêt de la circulation au niveau de l'estomac, puis l'apparition de mouvements péristaltiques abdominaux. En même temps les liquides remontaient par l'œsophage et s'écoulaient au dehors.

Nous pouvons admettre que cette irritation expérimentale du pneumogastrique peut être réalisée cliniquement ou mieux anatomo-pathologiquement par la compression exercée sur ce nerf par les nombreux ganglions voisins.

En effet, le pneumogastrique depuis son émergence de la base du crâne jusqu'à sa sortie du thorax est environné de ganglions. Nous ne précisons pas de nouveau l'anatomie de ces groupements ganglionnaires, étudiés surtout par Guéneau de Mussy et par son élève Barety dans sa thèse inaugurale. Il suffit pour nous de savoir que ces ganglions dans le cours de la tuberculose pulmo-

naire sont dans l'immense majorité des cas hypertrophiés ou même atteints de dégénérescence caséeuse.

Dès 1826, Becker signala pour la première fois que les vomissements rencontrés dans certaines maladies et notamment dans la tuberculose pulmonaire pourraient bien avoir pour cause une compression du nerf pneumogastrique au niveau de son trajet intra-thoracique.

Un an plus tard, Albers (de Bonn), dans les « Recherches anatomo-pathologiques sur les nerfs pneumogastriques » explique qu'il fut assez heureux de faire l'autopsie d'une femme atteinte de tuberculose avancée. Cette malade avait présenté des accès de toux suivis de vomissements. Au cours de l'autopsie il découvrit une masse ganglionnaire atteinte de dégénérescence caséeuse et complètement ramollie qui comprimait le nerf pneumogastrique gauche.

En 1849 Legroux (1) explique le mécanisme du vomissement dans le cas de tuberculose pulmonaire par la compression du nerf pneumogastrique ayant déterminé des mouvements péristaltiques de l'estomac.

M. le professeur Potain fit paraître dans le *Bulletin de la Société anatomique* de l'année 1861 une communication dans laquelle il fournissait la

1. Diagnostic de la compression des nerfs laryngés récurrents et pneumogastrique. *Archives générales de médecine*, 1849, 4<sup>e</sup> série. T. XXI.

preuve anatomique de cette compression. Il s'agissait d'une femme qui avait présenté au cours d'une tuberculose pulmonaire des vomissements. Il remarqua à l'autopsie que le nerf pneumogastrique droit était comprimé entre le rachis et un ganglion bronchique hypertrophié. D'après les termes mêmes de l'observation les rapports entre le nerf et le ganglion bronchique étaient précisés de la façon suivante : « Le ganglion bronchique était « resté assez adhérent au nerf pneumogastrique « pour qu'il ait été impossible de l'en détacher ».

D'autres auteurs vinrent ensuite donner de nouvelles preuves anatomiques des altérations subies par le nerf pneumogastrique au cours de sa compression par des ganglions bronchiques.

Riliet et Barthéz signalent l'altération du tronc nerveux par une adhérence intime avec des ganglions bronchiques hypertrophiés, comme dans l'observation de M. le professeur Potain.

Telle est aussi l'opinion de Fernet, de Guéneau de Mussy et de son élève Baretty. Bien plus, ce dernier n'admet pas d'autre cause des vomissements au cours de la tuberculose pulmonaire que cette compression du pneumogastrique.

De même M. Letulle signale le début d'une névrite interstitielle du pneumogastrique consécutive à l'adhérence contractée entre ce nerf et des ganglions tuberculeux.

Quelques auteurs, comme Guéneau de Mussy et Claude Bernard, ont cherché à établir par des expé-

riences la part qui revient à chacun des deux nerfs dans la production des vomissements et quel était celui des deux pneumogastriques qu'on était en droit d'incriminer le plus souvent.

Claude Bernard (1), sauf une observation dont le résultat fait défaut, produisit le vomissement après avoir coupé les deux pneumogastriques en excitant le bout périphérique de ces deux nerfs. C'est en galvanisant plus spécialement le pneumogastrique droit que les vomissements se produisent avec le plus de constance.

Mais de son côté Guéneau de Mussy, se basant sur des données anatomiques plus réelles, démontra que, le plus souvent, l'hypertrophie ganglionnaire bronchique siégeait à gauche et que les vomissements dans ces cas étaient plus nombreux et plus constants. En effet il est exact que le pneumogastrique de ce côté fournit beaucoup plus de rameaux à l'innervation de l'estomac que le pneumogastrique du côté droit, nous donnons d'ailleurs *in extenso* l'opinion que Guéneau de Mussy (2) exprimait à ce sujet.

« J'ai vu en dehors de la coqueluche des vomissements opiniâtres, incoercibles, imputables à l'irritation des pneumogastriques, causée par l'engorgement des ganglions trachéo-bronchiques.

1. *Physiologie du système nerveux*, page 390.

2. Quelques nouvelles études sur l'adénopathie trachéo-bronchique. *France médicale*, 1877. N° 58.

« Un fait singulier m'avait frappé, dont l'explication ne s'était pas tout d'abord présentée à mon esprit, c'est que, dans presque tous les cas où j'avais observé des vomissements, l'engorgement ganglionnaire était du côté gauche. La distribution anatomique des deux pneumogastriques peut rendre compte de cette coïncidence des vomissements avec l'adénopathie trachéo-bronchique gauche; en effet, tandis que le pneumogastrique droit envoie surtout des rameaux au cardia, avant de se perdre dans le plexus solaire, le gauche se distribue et se perd en grande partie dans tout le reste des parois gastriques; il est donc le principal incitateur du vomissement.

« Il n'est donc pas étonnant que l'adénopathie bronchique gauche soit souvent accompagnée de ce symptôme. J'ai cité dans ma clinique un cas de vomissements incoercibles qui avaient persisté pendant plusieurs années, rebelles à toute médication. Je les rattachai à une adénopathie bronchique, et le traitement dirigé contre cette affection (séjour au bord de la mer, eau de la Bourboule, applications iodées), fit cesser ces vomissements. Je n'avais à cette époque aucun soupçon de l'influence que le siège de l'engorgement ganglionnaire peut exercer sur la production des vomissements: l'observation spécifie que l'adénopathie existait à gauche. Ces jours-ci même, M. le professeur Potain, auquel je communiquais ces recherches, me

« disait avoir présenté, il y a quelques années, à  
« la Société Anatomique, un cas de vomissements  
« incoercibles liés à la compression du pneumo-gas-  
« trique par des ganglions malades ; et il se rappe-  
« lait très nettement que c'étaient les ganglions du  
« côté gauche, bien qu'à cette époque il n'eût atta-  
« ché à cette circonstance aucune importance. Les  
« vomissements me paraissent être plus fréquents  
« et plus opiniâtres dans la tuberculisation du  
« sommet gauche que dans celle du côté droit » (1).

La question, on le voit, semble clairement élucidée ; mais le fait important pour nous est que, d'après les auteurs cités précédemment, nous soyons en droit de conclure que l'altération produite sur le pneumogastrique par la compression des ganglions du médiastin est suffisante pour causer le vomissement au cours de la tuberculose pulmonaire.

### **Vomissements d'origine mécanique.**

Quelques auteurs ont voulu assigner une première place dans la pathogénie des vomissements des tuberculeux pulmonaires à l'action mécanique

1. Simonneau, dans sa thèse, dit avoir trouvé que, sur 12 cas de vomissements dus à une compression du pneumogastrique par des ganglions bronchiques, six fois ils étaient à gauche, trois fois à droite, et trois fois des deux côtés avec prédominance à gauche.

produite par la toux. C'est ainsi que pensait Damascchino quand il disait au sujet de ces vomissements mécaniques : « Tantôt ils s'observent dans le cours  
« d'une maladie de poitrine où les secousses de  
« la toux sont plus ou moins violentes. C'est alors  
« un symptôme de synergie musculaire, surtout  
« marquée lorsque se produisent des accès de toux  
« répétés sous forme de quintes comme dans la  
« tuberculose pulmonaire. Dans ces conditions les  
« vomissements se montrent d'une façon toute  
« spéciale après les repas ; l'estomac se vide plus  
« ou moins complètement, et c'est une cause  
« sérieuse de dénutrition ajoutée à tant d'autres  
« déjà importantes. »

D'autres avant lui avaient également mis en valeur l'origine mécanique de ces vomissements. Il faut citer en première ligne Magendie. Cet auteur attribuait un rôle tout passif à l'estomac pendant l'acte du vomissement. Il prétendait, en effet, que cet organe se débarrassait de son contenu sous l'influence de la compression exercée sur lui par les différents muscles abdominaux et surtout par le diaphragme.

Dès 1737 Morton considérait les vomissements d'origine mécanique comme étant les plus fréquents. Bourdon faisait, des vomissements consécutifs à la toux, un signe de la tuberculose au début. Cet auteur apporte à l'appui de son dire une statistique de faits assez nombreux portant sur 157 cas de tuberculose pulmonaire. Dans 95 de ces obser-

vations il note des vomissements d'origine mécanique.

Pour Pidoux (1), il n'existe pas d'autre origine de vomissements que la cause mécanique. « Le vomissement chez les phtisiques est rare indépendamment de la toux. »

Fonssagrives parle « de solidarité fonctionnelle » de l'estomac et des poumons qui s'explique à « merveille par une communauté d'influence nerveuse ».

Arnozan, également, attribuait au vomissement une cause mécanique qu'il expliquait ainsi : « Une quinte de toux survient et se prolonge, et c'est au moment où elle semble devoir se terminer que le malade la croyant passée, fait successivement quelques fortes inspirations à la suite desquelles il vomit, et la quinte peut alors recommencer. D'autres fois, c'est au cours d'un accès de dyspnée nerveuse après le repas que le malade déjà livré à des mouvements inspiratoires exagérés, voit tout à coup survenir le vomissement et la toux. Enfin la scène s'est passée de la façon suivante dans un cas auquel j'ai récemment assisté. Un tuberculeux dont le pharynx était criblé d'ulcérations, se gargarisait, il ressent le besoin de respirer, rejette vivement le liquide contenu dans sa bouche et fait deux fortes inspirations.

1. Pidoux, *Etudes générales et pratiques de la phtisie*. Paris 1873.

« Il vomit presque aussitôt et la toux ne survient  
« qu'ultérieurement ».

En somme Arnozan par la suite explique le vomissement des tuberculeux pulmonaires comme les vomissements de la coqueluche pour lesquels on ne trouve ni altération du pneumogastrique ni altération des ganglions bronchiques (Roger). Le tuberculeux et le coquelucheux vomissent parce qu'ils toussent.

Jaccoud assigne également la première place au vomissement mécanique bien que l'estomac puisse être le siège d'un catarrhe ou d'une intolérance spéciale.

\*  
\* \*

En réalité, il nous semble que le mécanisme invoqué par les auteurs précédents est loin d'être un mécanisme spécifique.

L'action musculaire des muscles abdominaux et du diaphragme sur l'estomac ne suffit pas toujours à expliquer ni à provoquer le vomissement. Il faut admettre pour que le vomissement se produise d'autres lésions, ou du moins la coexistence de ces autres lésions (lésions du poulmon d'une part, lésions de la muqueuse gastrique d'autre part, ou compression du pneumogastrique) avec la contraction musculaire. Sans quoi nous verrions se produire d'une façon régulière et constante des vomissements dans le cours d'affections pulmonaires diverses ayant pour symptôme constant la toux.

Or, le vomissement est loin d'être la règle dans des affections telles que l'asthme, l'emphysème pulmonaire, les bronchites aiguës ou chroniques et surtout la coqueluche, maladies dans lesquelles la toux et la contraction musculaire sont portées à un très haut degré. Il nous a d'ailleurs semblé par l'examen minutieux et détaillé des faits précédents que les observations que nous avons rapportées dans ce chapitre doivent être rangées parmi les vomissements d'origine réflexe.

### **Symptômes du vomissement chez les tuberculeux pulmonaires.**

Avant d'aborder les symptômes proprement dits et de décrire dans tous ses détails le vomissement chez le tuberculeux pulmonaire, nous devons écarter une cause d'erreur assez fréquente.

Le tuberculeux, surtout au début de son mal, se plaint souvent de pesanteurs, de tiraillements d'estomac, de brûlures le long de l'œsophage, phénomènes se compliquant en outre du rejet d'une certaine quantité de liquides plus ou moins clairs et agaçant les dents du malade.

Il s'agit là, en réalité, non de vomissement mais bien de régurgitation. Il ne faut pas confondre ces deux termes. Le vomissement, c'est l'expulsion violente et convulsive de matières contenues dans

l'estomac et plus ou moins digérées. Dans la régurgitation il n'y a rien de semblable. Une inspiration thoracique se produit, le plus souvent lors de la toux ; le cardia n'offre qu'une résistance tout à fait insuffisante, et le liquide ainsi aspiré passe de l'œsophage dans la bouche pour être rejeté au dehors.

Les anciennes statistiques qui donnent un nombre considérable de malades vomissant au cours de la tuberculose pulmonaire (notamment celle de Bourdon : 70 tuberculeux qui vomissent sur 157) nous semblent aujourd'hui quelque peu exagérées. Peut-être sont-elles entachées de l'erreur que nous avons signalée plus haut.

Les dernières statistiques — depuis et y compris celle de Hanot — admettent en effet qu'un tiers des cas seulement de tuberculose pulmonaire se complique de vomissement.

Quels sont les rapports du vomissement chez le tuberculeux pulmonaire avec les périodes d'évolution de sa maladie ? Nous avons déjà parlé de cette forme spéciale de tuberculose qui débute avant tout signe stéthoscopique par le vomissement. Nous avons montré dans ce cas l'importance d'un diagnostic précoce et d'un traitement rapidement institué dans l'intérêt du malade. C'est aussi l'opinion de Hanot qui disait que les vomissements constituent un signe presque constant du début de la tuberculose pulmonaire. Cependant Du Pasquier

dans sa thèse (1) dit n'avoir rencontré ce symptôme, soit avant l'apparition des signes pulmonaires, soit pendant la première période, que sept fois sur 48 malades.

Si nous arrivons à la seconde période et que nous empruntons toujours les statistiques du même auteur, nous voyons que sur 19 tuberculeux on trouve :

Six fois des sensations pénibles pendant la digestion (pyrosis, tiraillement d'estomac).

Une fois des douleurs.

Six fois des vomissements survenant surtout après la toux.

Une fois enfin des vomissements survenant le matin à jeun.

A la troisième période, les lésions de la muqueuse gastrique aboutissent à l'arrêt de la sécrétion ; la gastrite chronique s'installe avec ses caractères cliniques ordinaires : anorexie, dégoût des aliments (notamment de la viande et des graisses), fausse faim. Quelquefois aussi à cette période, mais plus rarement, la toux est suivie de vomissement. Ce qui est plus fréquent de rencontrer, c'est le vomissement indépendant de la toux, mais précédé de nausées et de diverses sensations pénibles. Tantôt ce vomissement survient au début de la digestion, tantôt, c'est seulement cinq heures, six heures ou

1. *Les troubles gastriques dans la tuberculose pulmonaire chronique*. Paris, 1903.

même sept heures après le repas que le vomissement apparaît. L'estomac alors se débarrasse par ce moyen des aliments qu'il n'a pas pu digérer. Sur 17 tuberculeux cavitaires, l'appétit était aboli 13 fois et conservé 4 fois. Les vomissements se rencontraient dans 8 de ces cas.

\*  
\* \*

Si nous étudions maintenant la fréquence relative de ces vomissements, nous voyons qu'ils se produisent, au début du moins, tous les deux jours en moyenne, quelquefois tous les jours. Il est plus rare de rencontrer plusieurs vomissements dans la même journée.

Tantôt, le vomissement survient indépendamment des repas ; mais le plus souvent il se produit après l'ingestion des aliments. C'est surtout après le repas du soir qu'on le voit apparaître beaucoup plus fréquemment qu'après le repas de midi.

Ainsi ces vomissements semblent bien sous la dépendance de la quantité d'aliments ingérés. C'est en se basant sur cette observation que Pidoux avait conseillé, dans le cas de tuberculose pulmonaire chronique, de multiplier le nombre de repas, ceux-ci n'en étaient naturellement que plus légers, et ce moyen d'après l'auteur diminuait notablement le nombre et la fréquence des vomissements.

\*  
\* \*

Les aliments rejetés au cours de ces vomissements sont les derniers ingérés. En général ces

vomissements sont alimentaires ou bilieux. Ce n'est que dans le cas où il existe, soit une ulcération d'une certaine importance, soit un nombre assez considérable de petites ulcérations que nous y voyons apparaître le sang.

Ce sang est en général expulsé en petite quantité sous la forme de matières noirâtres, pulvérulentes donnant l'impression de la suie délayée dans de l'eau. D'autres fois les vomissements ont l'aspect chocolat d'une façon presque constante, rappelant les vomissements qui surviennent au cours des cancers ulcérés de l'estomac. Si on tient compte de l'état d'anémie engendré par ce suintement sanguin continu et de la cachexie due à l'évolution de la tuberculose pulmonaire, on comprendra combien sera difficile le diagnostic entre cette forme de vomissement et certaines formes de cancers de l'estomac.

Ce n'est que dans les cas exceptionnels, que le sang fourni par l'estomac est épanché en assez grande quantité et rejeté assez rapidement pour donner au vomissement une teinte rouge semblable à celle que nous retrouvons dans le cours de l'évolution de l'ulcère stomacal.

Tout aussi rare est l'apparition dans le cas d'ulcération tuberculeuse de l'estomac de selles sanglantes (1).

1. Nous éliminons, bien entendu, ici, les cas de selles sanglantes qui peuvent s'expliquer par des ulcérations siégeant au niveau de l'intestin.

Simonneau cependant rapporte dans sa thèse (1) une observation très intéressante dans laquelle des vomissements hémateïques noirâtres assez abondants (un demi-verre, et 500 grammes de sang) furent accompagnés de selles diarrhéïques contenant du sang en assez grande quantité pour leur donner l'aspect du goudron. La malade en question présentait à l'autopsie un estomac dilaté, et on pouvait voir une ulcération circulaire du diamètre d'une pièce de vingt centimes environ siégeant à la face postérieure près de la petite courbure, à 9 centimètres à gauche du cardia. Voici la description que Simonneau donne de cette ulcération : « Les bords de  
« cette ulcération sont un peu déchiquetés et décol-  
« lés. Le fond est gris-rougeâtre ; il est constitué  
« par du tissu conjonctif sous-muqueux ; en un  
« point on aperçoit à la loupe quelques fibres de la  
« tunique musculaire ; sur ce fond, on peut facile-  
« ment découvrir quatre petits corps d'un blanc jau-  
« nâtre, libres par leur surface regardant la cavité  
« stomacale, mais comme enchainés dans le tissu  
« cellulaire sous-jacent. Avec la pointe du scalpel  
« on peut facilement les dégager. L'examen à l'œil nu  
« les fait reconnaître pour des tubercules. L'étude  
« micrographique est venu ultérieurement justifier  
« cette opinion... Dans toute cette région de l'esto-  
« mac, disséminées d'une façon irrégulière, on

1. Thèse Paris, 1881. *Des vomissements chez les phthisiques.*

« voit une quarantaine de granulations moins avancées en âge... »

Les aliments contenus dans ces vomissements peuvent être à des degrés variables de digestion. Le fait se produit surtout comme on le comprendra facilement, lorsque l'expulsion du contenu stomacal se produit presque aussitôt après son ingestion. Il peut cependant en être de même quand les aliments ont séjourné deux heures et même plus dans l'estomac. Ils sont encore très facilement reconnaissables et n'ont pas en réalité subi l'action du suc gastrique : « pendant les premières heures que les mets ont séjourné dans l'estomac, il semble vraiment que celui-ci n'ait pas eu la moindre action sur eux » (Pidoux).

\*  
\* \*

Selon les malades les vomissements sont faciles ou pénibles. Dans le premier cas, ils surviennent à la moindre occasion. Et cependant encore nous voyons apparaître ici, à l'occasion de leur production, l'irrégularité qui semble être un caractère constant de ce symptôme.

C'est ainsi que tel malade pourra impunément, sans pour cela vomir, tousser et se livrer à telle occupation qui lui plaira, qui à un autre moment, et sans raison plausible, au moindre mouvement, éprouvera le pénible réflexe, précurseur inévitable du vomissement.

Le vomissement facile que nous venons de décrire n'est cependant pas la règle chez le tuberculeux

pulmonaire. Chez certains le vomissement devient une véritable torture.

Le malade se plaint d'abord d'une sensation particulièrement amère qui vient à la bouche. Puis apparaît ou s'accroît une douleur épigastrique d'intensité variable, enfin des nausées se produisent suivies rapidement du vomissement. D'autres fois, c'est une véritable sensation d'angoisse qui avertit le malade que le vomissement est proche. D'autres fois encore c'est une sensation de pesanteur au niveau de la région épigastrique et s'accompagnant de météorisme de tout l'abdomen. Le malade peut être parfois porté à un degré tel que le malade est pris de syncope, puis des sueurs froides ruissellent sur tout le corps, des nausées surviennent d'abord espacées, puis de plus en plus fréquentes, très pénibles, très douloureuses ; le vomissement vient enfin couronner cet ensemble de symptômes.

Généralement le malade est soulagé par le vomissement qui délivre son estomac de matières qu'il était incapable de digérer et qui laisse après lui une période d'accalmie.

Aussi n'est-il pas rare de voir le malade, en proie aux premiers malaises digestifs, vouloir hâter l'apparition de la période de calme et de bien-être qu'il sait suivre le vomissement ; il fait donc le nécessaire pour évacuer le plus vite possible le contenu de son estomac. Il va jusqu'à mettre ses doigts dans la bouche pour provoquer le réflexe libérateur.

D'autres malades, au lieu de se faire vomir; préfèrent toujours, dans la crainte de voir le retour du vomissement, restreindre leur alimentation.

Il est assez rare de voir le vomissement persister avec ses mêmes caractères et sa même fréquence pendant toute la durée de la maladie.

En règle générale, le vomissement revient le plus souvent périodiquement mais avec des intermittences variables et qu'il est assez difficile d'expliquer. Le même malade va vomir plusieurs jours de suite pendant huit ou quinze jours, alors que sans raison appréciable, le vomissement va disparaître, pour se montrer de nouveau, au bout d'un temps plus ou moins long.

\*  
\* \*

Nous venons de passer en revue les caractères qu'offre le vomissement proprement dit chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire. On comprendra facilement que ce symptôme n'existe jamais seul chez ces malades et qu'il peut occuper tout au plus la place la plus importante dans ce que nous appellerons le syndrome digestif tuberculeux. Voyons donc maintenant quels sont les autres symptômes qui coexistent le plus souvent avec le vomissement.

Nous avons d'abord en première ligne de fréquence des malaises vagues tributaires de tout trouble fonctionnel ou organique de l'estomac. C'est ainsi que nous trouvons, fréquemment noté dans

les diverses observations, des sensations subjectives de lourdeur, de poids, de brûlures, siégeant, soit au niveau même de l'estomac, soit au niveau de la partie inférieure de l'œsophage.

La constipation s'observe assez généralement, surtout à la première période. Aux périodes suivantes sa diarrhée devient plus fréquente, mais semble être souvent tributaire de lésions tuberculeuses de l'intestin.

L'anorexie n'est pas liée fatalement au vomissement. Assez souvent, au contraire, on constate que les malades qui vomissent ont conservé un certain appétit. Il n'est même pas rare de voir certains de ces malades se remettre à manger quelques instants après le vomissement,

La douleur épigastrique est un des symptômes qui se montrent le plus fréquemment chez les tuberculeux qui vomissent. Elle peut être spontanée ou ne se révéler que par la pression. Son siège est en général assez fixe et assez limité. Pour la produire il suffit d'exercer une pression au niveau de la partie inférieure d'une ligne étendue de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. Ce siège élevé nous permettra de ne pas confondre cette douleur d'origine stomacale avec les douleurs péri-diaphragmatiques déterminées par les contractions convulsives et fréquemment répétées du diaphragme. Ces dernières ont d'ailleurs leur siège de prédilection de chaque côté de la base de la poitrine (Varda).

La douleur épigastrique peut être de durée varia-

ble et ne pas exister d'une façon constante. Elle peut aussi se montrer à jeun ou tout à fait au début du repas. Mais le plus souvent, elle apparaît ou accuse son maximum d'intensité pendant la période qui suit l'ingestion des aliments.

Nous avons attribué plus haut cette douleur à l'état de la muqueuse gastrique. Elle manque en effet très rarement lorsque l'estomac est lésé et surtout lorsqu'il présente des ulcérations nombreuses ou une ulcération unique, mais étendue ou profonde. Nous savons également, notamment depuis les travaux de J. Charles Roux, qu'elle peut être due aux ganglions semi-lunaires du pneumo-gastrique qui présente généralement des lésions dans la plupart des altérations stomacales.

La température est un signe que nous ne retrouvons pas d'une façon constante dans le vomissement des tuberculeux. On connaît son irrégularité au cours de cette affection. Elle peut, par contre, exister chez un malade dont les fonctions digestives sont normales. Lasègue a pu dire, en effet : « tout malade qui mange et digère bien, tout en ayant la fièvre, est un phtisique ».

Mais le symptôme le plus fréquent, celui qui est accompagné du vomissement « comme son ombre », c'est la toux.

Nous avons vu lors de la pathogénie quelle place importante la toux tenait dans la production du phénomène que nous étudions. Elle existe dans toutes les modalités du vomissement.

Tantôt déterminée par l'ingestion des aliments, tantôt par l'existence d'une lésion stomacale, tantôt par la compression du pneumogastrique, tantôt enfin d'origine purement pulmonaire, elle peut affecter tous les modes, apparaitre sous forme d'accès, sous forme de quintes coqueluchoïdes et s'accompagner ou non d'expectoration.

Voulant éviter des redites inutiles, nous renvoyons l'étude détaillée de la toux aux chapitres suivants où nous faisons l'analyse des symptômes particuliers à chaque sorte de vomissements.

---

*Caractères particuliers des vomissements suivant leur pathogénie.*

---

Cette division et cette distinction qui peut avoir sa raison d'être et son utilité dans un ouvrage didactique est forcément quelque peu arbitraire dans un travail clinique.

Il sera le plus souvent, en effet, très difficile, sinon impossible, de reconnaître par leur tableau symptomatique propre les vomissements de telle ou telle origine. Certains symptômes cependant devront nous faire rattacher de préférence le vomissement à telle pathogénie particulière.

*Vomissement d'origine réflexe.*

Ces vomissements sont observés le plus fréquemment au début de la tuberculose pulmonaire avant l'apparition des autres phénomènes digestifs. Ils se produisent surtout le matin à jeun, et sont composés principalement de glaires.

Ils sont précédés d'une toux sèche et sont parfois difficiles à distinguer des simples régurgitations. Bourdon et Pidoux ont insisté sur leur valeur diagnostique.

D'autres fois, ces vomissements surviennent immédiatement après l'ingestion des aliments. C'est surtout après le repas du soir que se présente ce symptôme. Les dernières bouchées avalées le malade est pris presque subitement d'une toux sèche, quinteuse, très pénible, et qui n'est pas suivie généralement d'expectoration. C'est bien une toux d'origine gastrique réflexe et non d'origine pulmonaire. Elle peut s'accompagner, suivant Peter, de palpitations cardiaques. Elle est suivie à brève échéance et sans nausées préalables du rejet des matières ingérées.

La digestion n'ayant pas eu le temps de se faire, étant à peine commencée dans la plupart des cas, les aliments ne sont pas encore attaqués par le suc gastrique.

C'est cette sorte de toux que nous compren-

drons et que nous désignerons sous le nom de toux émétisante.

Nous ne pouvons mieux faire d'ailleurs que de citer à ce propos la phrase de M. Marfan qui s'applique à cette catégorie de tuberculeux : « Le malade tousse parce qu'il a mangé et vomit parce qu'il a toussé ».

\*  
\* \*

### *Vomissement d'origine gastrique.*

Alors que les vomissements précédents apparaissent, en général, au début de la tuberculose, les vomissements d'origine gastrique sont plutôt l'apanage des périodes avancées de cette affection.

Leur moment et leur cause nous font comprendre facilement qu'ils sont souvent accompagnés d'une anorexie plus ou moins complète. Ils sont en général pénibles, précédés de nausées et apparaissent plus fréquemment après le repas du soir. Alors, c'est que le travail de la digestion détermine, d'après Pidoux, une dyspepsie particulière qui jointe à l'exaspération vespérale de la fièvre et aux quintes de toux facilitent la production de ce symptôme.

Ces vomissements soulagent presque toujours le malade. Ils peuvent être continus, mais peuvent aussi manquer pendant des périodes plus ou moins longues. Ils s'accompagnent d'une façon presque constante d'un symptôme de grande valeur : la

douleur épigastrique. Nous avons décrit plus haut le mode de production et les modalités de cette douleur, nous n'y reviendrons pas ici, nous contentant de signaler sa fréquence et son importance diagnostique.

Ces vomissements peuvent disparaître dans les derniers jours de la maladie ; quelquefois ils prennent un caractère aigu et hâtent ainsi le dénouement fatal.

\*  
\* \*

*Vomissement par compression du pneumogastrique.*

Dans cette classe, la toux et le vomissement offrent des caractères particuliers. La toux, en effet, est en général quinteuse, pénible et suffocante : elle survient surtout par accès en rappelant de loin, il est vrai, les accès coquelucheux, sans qu'on puisse noter de reprise.

Le vomissement, par contre, paraît plus facile. Il est abondant et se fait souvent en jet.

Il semble aussi plus indépendant que dans les autres catégories de l'ingestion des aliments. Il est enfin très réfractaire au traitement.

Un caractère très important est la sensation douloureuse que l'on peut réveiller sur le trajet du pneumogastrique dans la région du cou. Notons

enfin, que dans quelques cas on a signalé des altérations de la voix produites vraisemblablement par une compression du pneumogastrique gauche au niveau de l'émission du nerf récurrent.

---



## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I

Hôpital Saint-Antoine. Service de Constantin Paul (1).

L... (Honorine), âgée de 20 ans, est entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 29 juin 1876. Pas de maladies antécédentes ; orpheline de père et de mère ; ne sait pas de quoi ils sont morts. Elle eut trois grossesses successives ; les deux premières se sont très bien passées, sans vomissement même ; elle a pu continuer ses travaux à deux reprises pendant les neuf mois.

Avant la troisième grossesse (septembre 1875), elle ne se sentait pas malade, elle n'avait pas eu de toux ni de crachement de sang, lorsqu'à la sixième semaine de la grossesse, elle fut prise d'une toux violente, quinteuse et de vomissements qui se répétaient chaque jour. Et il en fut ainsi jusqu'au terme de la grossesse. Quel que fût le choix des aliments, rien n'a pu arrêter ces vomissements, qui apparaissaient souvent après des quintes de toux. Des sueurs nocturnes

très abondantes surviennent à partir du quatrième mois de la grossesse, l'appétit est complètement perdu, les crachats sont abondants. Elle accouche le 30 mai 1876.

Pendant les quatre jours qui suivirent son accouchement, les vomissements cessèrent pour apparaître au cinquième et se continuer jusqu'à son entrée à l'hôpital. A dater de ce moment les quintes de toux sont plus violentes que jamais, les crachats très abondants. A son entrée à l'hôpital (29 juin) nous trouvons la malade très affaiblie, les lèvres tremblantes, les yeux hagards, la respiration accélérée, pénible, l'oppression vive. Elle se plaint constamment de son oppression et de douleurs thoraciques insupportables. Les quintes de toux sont pénibles, fréquentes, suivies d'expectoration de crachats jaunes, nummulaires, purulents. Pas de vomissements les deux premiers jours de son entrée.

*Examen de la poitrine.* — Souffle caverneux et gargouillement, craquements humides aux deux sommets, râles crépitants et sous-crépitanants dans le reste des deux poumons. Vu l'oppression vive, ventouses scarifiées sur la poitrine.

1<sup>er</sup> juillet. — Quintes de toux répétées. Trois vomissements dans la journée.

Le 3. — Vomissement le matin sans effort, par régurgitation. La malade respire péniblement, gémit toujours. La pression produite avec la pulpe du doigt sur le trajet du pneumogastrique au cou est douloureuse, surtout à gauche où elle provoque à deux

reprises des quintes de toux. Le point douloureux siège au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule, immédiatement en arrière du faisceau claviculaire du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Le 4. — Même état. Oppression très grande, quintes de toux aussi violentes sans vomissement dans la journée. Le pouls est accéléré, irrégulier ; à l'auscultation du cœur, il n'est pas possible de distinguer les battements.

Le 5. — Vomissements le matin, sans effort. Pouls plus régulier, 125 pulsations à la minute. La malade se plaint de la bouche. L'examen révèle la présence du muguet. L'état de la malade est très aggravé.

Le 7. — Respiration très accélérée, oppression très vive. Pas de vomissement puisque la malade ne prend aucune nourriture. 130 pulsations à la minute. Le tracé sphymographique est très serré mais régulier. La malade succombe sans agonie dans la soirée.

Autopsie le 9 juillet, trente-six heures après la mort.

Les organes étant enlevés avec précaution tout d'une pièce de la cavité thoracique, et examinés par la face postérieure, nous trouvons :

*Pneumogastrique gauche.* — A quelques millimètres au-dessus et en dehors de la crosse aortique, un ganglion hypertrophié de la grosseur d'une noisette, refoulant le pneumogastrique gauche en dehors contre la face interne du poumon gauche, de telle sorte que le nerf refoulé forme à ce niveau un coude assez prononcé. Plus bas, c'est-à-dire à un centimètre et

de mi au-dessous, existe un second ganglion d'un volume double de celui du précédent, et situé du côté opposé, autrement dit, en dehors du pneumogastrique, qui se trouve refoulé par lui contre l'aorte descendante. Ce ganglion, par la face externe, est adhérent au nerf vague, qu'il entraîne avec lui lorsqu'on cherche à l'attirer avec des pinces. Plus bas encore au niveau du hile, et du côté opposé au ganglion précédent, nous trouvons deux petits ganglions en contact avec le nerf, mais n'exerçant pas sur lui, comme plus haut, une compression manifeste. Ainsi refoulé en dehors et au dedans par les deux premiers ganglions, le pneumogastrique gauche forme un S manifeste, par suite de ces deux déviations successives. Au niveau du second ganglion, celui qui est le plus adhérent, il est facile de constater un aplatissement du nerf ; au-dessus et au-dessous il reprend sa forme arrondie, normale. Entre les deux premiers ganglions il présente en outre une coloration rosée évidente, surtout lorsqu'on la compare avec la couleur du pneumogastrique droit, au même niveau.

*Pneumogastrique droit.* — Sur la même ligne transversale que le ganglion supérieur du côté gauche, nous trouvons un ganglion hypertrophié, situé en avant du pneumogastrique droit, mais n'exerçant qu'une légère compression sur le nerf.

*Estomac.* — De chaque côté de l'orifice œsophagien, on distingue deux plaques d'une coloration ardoisée, de la largeur d'une pièce de deux francs. Au niveau de la petite courbure, la muqueuse offre

un aspect lisse, uniforme. Plus épaisse sur la grande courbure, elle n'offre pas d'autre particularité ; les plis disparaissent facilement quand on exerce de légères tractions. En somme l'estomac n'offre ni hypertrophie ni état mamelonné des parois.

*Poumons. Gauche.* — Aux deux sommets, cavernes du volume d'une noix, le reste du lobe supérieur est infiltré de matière caséuse. Dans le lobe inférieur, on trouve des cavernules à la partie supérieure, une infiltration rouge dans les  $\frac{2}{3}$  inférieurs.

*Droit.* — Le lobe supérieur renferme plusieurs cavernes anfractueuses, irrégulières, en communication les unes avec les autres. Infiltration caséuse du lobe moyen, infiltration rouge, lie de vin, du lobe inférieur.

*Méninges et cerveau.* — Nulle trace de méningite tuberculeuse.

## OBSERVATION II

### *Vomissements gastriques.*

Hôpital Laënnec, service de M. Ferrand (1).

Marc... Amanda, 22 ans, couturière, entre à l'hôpital Laënnec, le 22 juillet 1880.

*Antécédents héréditaires.* — Son père est mort subitement d'une maladie de cœur. La mère, morte phti-

1. Simonneau. Th. 1881 Paris.

sique à l'âge de 23 ans. La malade a deux sœurs qui sont bien portantes.

*Antécédents personnels.* — De six à neuf ans, elle eut mal aux yeux, elle voyait à peine pour se conduire. A quatorze ans elle eut une fièvre typhoïde qui dura deux mois environ, et depuis cette époque la malade a toujours été souffrante. De temps en temps elle toussait, avait un peu de fièvre, mais cela ne l'a pas empêchée de continuer à travailler. Elle n'a eu ses règles qu'une fois, à l'âge de 20 ans ; depuis cette époque, elle n'est plus réglée mais elle a des pertes blanches abondantes.

En 1879, elle dut entrer à l'hôpital Necker dans le service du professeur Potain pour des douleurs musculaires de nature rhumatismale. Elle avait en même temps de violents battements de cœur. On lui appliqua un vésicatoire sur la région précordiale, on lui donna de la digitale, de l'aconit, et ses douleurs disparurent en même temps que ses palpitations. Cependant la malade continuant à tousser, on la garda dans le service jusqu'au mois de juillet 1880, époque à laquelle elle fut transférée à l'hôpital Laënnec.

Là, elle ne présenta aucun symptôme nouveau jusqu'au mois de septembre. A cette époque la malade fit une chute et en tombant elle se fit une contusion de la poitrine, au-dessous du sein gauche. D'après ce qu'elle raconte, c'est à partir de ce moment qu'elle commença à vomir. Avant cet accident, elle n'avait eu que de très rares vomissements à des intervalles très éloignés. Elle eut alors des vomissements ali-

mentaires survenant après chaque repas ; ils survenaient aussitôt après l'ingestion des aliments, que ceux-ci fussent liquides ou solides, sans nausées et ne fatiguaient guère le malade, on leur opposa des médications aussi nombreuses que variées : vésicatoires au creux épigastrique, injections sous-cutanées de morphine, pulvérisation d'éther, cautérisations ponctuées sur le sommet malade, teinture d'iode à l'intérieur avant les repas, chloroforme après les repas. Rien n'y fit. Ces vomissements disparaissaient pendant quelques jours, pour reparaitre aussi fréquents et aussi tenaces que par le passé.

5 mars 1881. — Actuellement, l'état général est moins bien qu'au moment de l'entrée à l'hôpital. La malade a beaucoup maigri. Elle n'a presque pas de fièvre le soir : cependant toutes les nuits, elle a des transpirations abondantes, surtout dans les parties supérieures du tronc. Elle tousse peu et ne crache presque pas. L'appétit est presque complètement disparu. La langue est bonne. De temps en temps elle a un peu de diarrhée suivie de constipation.

L'épigastre est douloureux spontanément ; mais cette douleur légère est exaspérée par la pression et par l'ingestion des aliments. Les vomissements persistent toujours : aussitôt que la malade mange ou boit, elle vomit, mais maintenant, elle a des nausées, elle fait des efforts qui la fatiguent beaucoup avant de vomir. Les vomissements ne sont constitués que par les aliments ou les boissons, ils ne présentent aucune trace de sang et ne contiennent jamais de bile.

L'examen de la poitrine donne les résultats suivants : induration au sommet droit ; petite caverne au sommet gauche avec un peu de bronchite généralisée.

M. Ferrand donne à la malade une solution de bromure de potassium (1 gr.) dont elle prendra un peu après chaque repas.

8 mars. — Depuis trois jours la malade n'aurait pas vomi ; mais ce matin elle a rendu un peu d'eau de seltz qu'elle venait de prendre.

9 mars. — La malade a vomi hier son déjeuner et son dîner, et ce matin encore, bien qu'elle n'eût rien mangé elle a vomi la moitié de son crachoir d'un liquide jaunâtre, qui, dit-elle, est très amer.

Cette observation bien qu'elle ne soit pas complète nous paraît offrir un beau type de vomissements gastriques.

### OBSERVATION III

#### *Vomissements provoqués par la toux.*

Hôpital Necker, service de M. Grancher (1).

Le nommé B..., 24 ans, charretier, est entré le 28 janvier 1881 à l'hôpital. Cet homme dont les antécédents héréditaires sont excellents n'a lui-même jamais

1. Simonneau. Thèse Paris, 1881.

été malade. Arrivé à Paris depuis cinq ans, il conduit depuis cette époque des voitures chargées de plâtre. C'est au mois de septembre dernier qu'il a commencé à tousser ; mais depuis deux mois la toux est devenue plus fréquente, l'expectoration plus abondante et peu à peu il a perdu ses forces.

A son entrée à l'hôpital, on constate une tuberculose limitée au sommet droit à la période de ramollissement. Ses fonctions digestives sont en bon état, l'appétit est conservé, pas de diarrhée ni de vomissements. Ce qui fatigue le plus le malade, c'est une toux quinteuse, fréquente, revenant par accès ; le soir il a un peu de fièvre et quelquefois des sucurs nocturnes.

Pendant les huit premiers jours de son séjour à l'hôpital, il ne présente aucun phénomène particulier, si ce n'est une diminution assez marquée de l'appétit.

Le 5 février au soir, après son dîner, le malade vomit ses aliments, à la suite d'une quinte de toux. Ces vomissements alimentaires se répétèrent ainsi pendant cinq à six jours, toujours dans les mêmes conditions. Ils survenaient environ une heure ou une heure et demie après le repas du soir à la suite de quintes de toux. Dans le jour, les digestions se faisaient régulièrement, bien que le malade eût des quintes de toux très fréquentes et très intenses ; il n'éprouvait d'ailleurs aucun symptôme morbide du côté de l'estomac, pas de douleur au niveau de l'épigastre, pas de nausées.

Il ne présente aucun des signes de l'adénopathie bronchique, et comme il est impossible de rattacher ces vomissements à un état gastrique, il est tout naturel de les considérer comme provoqués par la toux.

Un vésicatoire fut appliqué au creux épigastrique et les vomissements cessèrent; cependant l'état général du malade s'est aggravé, la fièvre est devenue plus intense le soir, il y a de la diarrhée de temps en temps, et les lésions pulmonaires ont pris de l'extension.

#### OBSERVATION IV (personnelle).

##### *Vomissements par compression du pneumogastrique.*

Hopital Lariboisière. Service du Dr Landrieux.

P... (Célestin), électricien, 18 ans, vient à l'hôpital pour une affection respiratoire dont il souffre depuis 15 mois.

Ce malade présente des antécédents assez chargés. Son père est mort à 33 ans de tuberculose pulmonaire. Sa mère est en traitement à Laënnec pour une laryngite tuberculeuse qu'elle a contractée, nous dit son fils, en soignant son mari. Le malade a deux sœurs, toutes deux mariées. La première a eu trois enfants dont deux sont morts de méningite tuberculeuse. La seconde a fait deux fausses-couches.

A l'âge de sept ans et demi il a eu une laryngite diphthérique. Depuis cette époque il tousse au début de chaque hiver ; mais sa tuberculose pulmonaire ne date que de 15 mois.

A son entrée à l'hôpital (8 mars) il présente une vaste caverne siégeant à la partie supérieure du poumon gauche. Le poumon droit dans toute la partie supérieure est le siège d'une infiltration tuberculeuse avec ramollissement.

Le malade présente une volumineuse adénopathie cervicale du côté gauche. Les ganglions atteints commencent à se ramollir, on trouve même à ce niveau une cicatrice ancienne résultant vraisemblablement d'un abcès ganglionnaire dont le malade nous dit n'avoir pas eu connaissance.

Deux hémoptysies, l'une il y a 8 mois, l'autre quelques jours avant son entrée à l'hôpital. Ce fut cette dernière qui décida le malade à venir consulter. L'expectoration est très abondante. Assez souvent les crachats sont striés de sang. La recherche du bacille de Koch est positive.

Dès le début de son affection le malade nous dit avoir présenté des vomissements. Ces vomissements ont été d'abord alimentaires, puis furent constitués presque exclusivement par un liquide filant, jaunâtre, et qui selon le dire du malade, lui agaçait les dents au passage.

Au point de vue de leurs moments, on ne peut fixer de règles précises. Ils semblent tantôt sous la dépendance des aliments ingérés, tantôt ils surviennent

quatre heures et même six heures après le repas. Ils apparaissent par période irrégulière, quelquefois plusieurs jours de suite, d'autres fois disparaissent pendant des semaines entières.

La thérapeutique semble avoir peu d'effet sur eux. Depuis son entrée à l'hôpital les vomissements ont au contraire augmenté de fréquence. Cet état de choses joint aux lésions pulmonaires avancées du malade, ont amené un affaiblissement continu et progressif. Le malade succombe cinq semaines après son entrée.

A l'autopsie, on trouva, outre les lésions pulmonaires indiquées, une chaîne de ganglions hypertrophiés s'étendant sans interruption depuis la base du crâne jusqu'à la partie moyenne du médiastin. Dans son trajet supérieur le pneumogastrique semblait indemne de toute compression. Au niveau du thorax, il n'en était pas de même. Immédiatement après son croisement avec la crosse de l'aorte le pneumogastrique gauche entre en contact avec la face postérieure d'une caverne ganglionnaire qui lui fait décrire un angle à sinus dirigé en arrière. Le nerf se trouve ainsi tendu comme une corde de violon sur son chevalet. L'œsophage paraît ainsi légèrement comprimé à ce niveau.

Le nerf n'offre pas de lésions macroscopiques, il semble seulement un peu étalé.

Le cœur est normal. Le tissu rénal est pâle, il existe un kyste urinaire du rein gauche de la grosseur d'une noix. Rate congestionnée.

L'examen microscopique du pneumogastrique n'a pas été fait.

## OBSERVATION V (personnelle).

### *Vomissements par lésion stomacale.*

Hôpital Lariboisière. Service du D<sup>r</sup> Landrieux.

Lamb... (Emilie), 26 ans, blanchisseuse, entre à Lariboisière, dans le service du D<sup>r</sup> Landrieux, le 15 juin 1900, pour des vomissements.

*Antécédents héréditaires.* — Mère morte tuberculeuse à 36 ans. Père alcoolique. A eu un père mort de méningite tuberculeuse à 7 ans, deux sœurs mariées bien portantes, pas d'enfants.

*Antécédents personnels.* — La malade nous raconte qu'elle a toujours été chétive ; elle n'a marché qu'à l'âge de vingt-trois mois (traces de rachitisme au niveau des membres inférieurs). Elle aurait eu le carreau à l'âge de quatre ans. Rougeole à 7 ans, scarlatine à 9 ans.

A l'âge de 16 ans, la malade a eu une pleurésie droite qui dura trois mois, sans nécessiter de ponction. Depuis cette époque, elle a toussé au début de chaque hiver.

*Histoire de la maladie actuelle.* — Il y a six mois, la malade s'aperçut qu'elle avait des sueurs nocturnes

abondantes et qu'elle maigrissait sensiblement. D'après ses dires, depuis cette époque jusqu'à ce jour, elle aurait perdu dix kilogs. En même temps elle ressentait une véritable anorexie, de sorte que cet amaigrissement, peut-être excessif, pourrait être en partie attribué à la diminution de l'alimentation.

C'est depuis trois mois seulement qu'elle présente des troubles gastriques. Ceux-ci ont d'abord consisté en pesanteur après les repas, en sensations de gêne surtout accusées au niveau du creux épigastrique.

Les vomissements sont apparus quinze jours après le début de cet accident. Ils se montraient d'abord le matin à jeun, puis après le repas de midi. Aussitôt après l'ingestion des aliments la malade ressentait une douleur assez violente au niveau du creux épigastrique. Elle compare cette douleur à un clou « qu'on lui aurait passé à travers l'estomac ». Cette sensation s'accompagnait d'une douleur particulière siégeant entre la pointe des omoplates. Elle durait une demi-heure, une heure et en général n'était calmée que par le rejet des aliments. Ceux-ci se présentaient le plus souvent suivant la forme sous laquelle ils avaient été ingérés. La malade n'a jamais observé d'aliments pris depuis la veille. Elle dit avoir reconnu à deux ou trois reprises, des filets de sang noirâtre. Enfin, fait plus important, elle déclare qu'un de ces vomissements ne contenait que peu de matières alimentaires, mais avait l'aspect du chocolat à l'eau.

Depuis son entrée dans le service, les vomissements ont paru s'amender sous l'influence de la médication

mentholée. La douleur épigastrique, cependant, n'a pas diminué d'intensité : elle siège sur la ligne médiane au niveau de la partie supérieure de la ligne xipho-ombilicale. L'appétit est très diminué et irrégulier. Les sueurs n'ont cédé que passagèrement à des doses d'atropine variant de un quart de milligramme à un milligramme.

*Etat des lésions pulmonaires.* — Les lésions pulmonaires sont fort avancées. Au sommet gauche, on constate en arrière de la matité à la percussion. A l'auscultation on trouve un souffle amphorique entouré de râles humides très nombreux et de toutes dimensions révélant la présence d'une caverne à ce niveau. Il y a des signes d'infiltration tuberculeuse avec début de ramollissement dans les  $\frac{2}{3}$  supérieurs du poumon gauche. En avant on retrouve les symptômes caverneux du sommet.

A droite, il existe dans toute la moitié supérieure du poumon des signes de ramollissement tuberculeux.

L'expectoration est abondante, composée de gros crachats nummulaires, quelques-uns d'entre eux sont sanglants. Nombreux bacilles de Koch à l'examen microscopique.

La malade est pâle, profondément anémiée, et peut à peine quitter le lit.

Le 30 juin. — Le malade a eu un vomissement alimentaire après le repas du soir : c'est le premier depuis son entrée à l'hôpital. Elle se plaint toujours vivement de ses douleurs épigastriques.

Le 2 juillet. — La douleur épigastrique persiste avec les mêmes caractères. La malade s'affaiblit de plus en plus. Pas de nouveau vomissement.

Le 4 juillet. — La malade vomit le peu de lait qu'elle a absorbé dans la matinée. Pas de traces de sang dans le vomissement. Elle meurt dans la soirée.

*Autopsie* (trente-six heures après la mort). — A l'ouverture du thorax on constate au point de vue pulmonaire les lésions anatomo-pathologiques que faisaient prévoir les signes cliniques ci-dessus énoncés.

Le cœur est mou, pâle, volumineux caillot dans le ventricule droit. La rate est petite. Les deux reins sont pâles, un peu mous.

Examinons maintenant le tube digestif. L'œsophage ne présente aucune sorte de lésions. Il n'en est pas de même de l'estomac. Cet organe a des dimensions normales, mais sa paroi est amincie par endroits notamment au niveau de sa grosse tubérosité.

L'examen de la paroi antérieure nous réserve des faits plus intéressants. En effet dans la partie moyenne de cette paroi, à 8 centimètres du pylore, un peu plus près de la petite que de la grande courbure, nous trouvons une ulcération à grand axe longitudinal mesurant 4 millimètres, sur 2 millimètres dans son petit axe vertical.

Les bords de cette ulcération sont taillés en entonnoir, et légèrement décollés. La profondeur de cette ulcération est minime. Le fond grisâtre semble ne pas avoir dépassé la sous-muqueuse. Pas de granulations visibles à son niveau. La région péritonéale correspon-

dante n'offre aucune altération, aucune vascularisation anormale.

Autour de cette ulcération, dans un diamètre de 4 à 5 centimètres, se voient quatre petites érosions en coup d'ongle. Le reste de la muqueuse est sain et ne présente en aucun endroit, pas plus qu'au niveau des petites érosions, de granulations tuberculeuses. Le pylore semble normal, aucune altération ne se rencontre dans tout le reste du tube intestinal.

L'examen anatomo-pathologique n'a pu être fait.

## CONCLUSIONS

1° L'importance du vomissement dans la tuberculose pulmonaire est des plus considérables au point de vue du pronostic ; car ce symptôme peut, à lui seul, entraver la guérison ou le traitement de l'affection ;

2° Le diagnostic rapide du vomissement importe à la marche future de la tuberculose pulmonaire ;

3° Les causes du vomissement — rarement uniques — peuvent être rapportées à trois origines :

Vomissement d'origine réflexe ;

Vomissement d'origine gastrique ;

Vomissement dû à la compression du pneumogastrique.

Les vomissements décrits par les auteurs comme étant d'origine mécanique nous semblent devoir rentrer dans la classe des vomissements d'origine réflexe.

4° Dans un certain nombre de cas le diagnostic clinique de l'origine du vomissement est entouré des plus grandes difficultés. Cependant certains symptômes, ou groupement de symptômes, nous mettront sur la voie du diagnostic pathogénique.

Le vomissement précédé de toux et suivant immédiatement le repas est d'origine réflexe.

Au vomissement d'origine gastrique doivent être rattachées les douleurs persistantes au niveau du creux épigastrique, survenant sous l'influence de la digestion et pouvant s'accompagner d'hémorragie (hématémèses, mélcœna).

Avec le vomissement par compression du pneumogastrique apparaissent la toux par quintes, la douleur sur le trajet du tronc nerveux et les autres signes de compression.

---

Vu : le Doyen,  
DEBOVE

Vu : le Président de la thèse,  
CHANTEMESSE

Vu et permis d'imprimer,  
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

## BIBLIOGRAPHIE

*Albers (de Bonn).* — Les troubles du pneumogastrique, traduct. Richelot. Archives de médecine. T. V, 2<sup>e</sup> série.

*Andral.* — Leçons de pathologie interne. T. I.

— Cliniques médicales, 1834. T. IV.

*Arnozan.* — Le vomissement. Thèse Paris, 1879.

*Baréty.* — Adénopathie trachéo-bronchique. Thèse Paris, 1874.

*Baumann.* — La toux émétisante. Thèse Paris, 1904.

*Bayle.* — Recherches sur la phtisie pulmonaire, 1810.

*Bouchard.* — Du rôle pathogénique de la dilatation d'estomac et des relations cliniques de cette maladie avec divers accidents morbides. Soc. méd. des hôpit., 13 juin 1884.

*Bourdon.* — Recherches cliniques sur quelques signes propres à caractériser le début de la phtisie pulmonaire. Société médicale. Hôp., 1852.

*Cazeneuve.* — Etude sur les troubles gastriques dans la tuberculose. Th. Paris, 1883.

*Damaschino.* — Leçons sur la tuberculose. Paris, 1891.

*Debove et Rémond.* — Traité des maladies de l'estomac, Paris 1892.

*Du Pasquier.* — Les troubles gastriques dans la tuberculose pulmonaire. Thèse Paris, 1903.

— Revue générale des Gazettes des hôpitaux. Juillet 1903.

*Grancher et Barbier.* — Article tuberculose pulmonaire. Traité de médecine Brouardel-Gilbert. T. VII.

*Guéneau de Mussy.* — Clinique médicale. T. IV.

*Hanot.* — Article Phtisie du Dictionnaire Jaccoud.

*Hérard et Cornil.* — La phtisie pulmonaire. Paris 1888.

*Lacroix.* — Contribution à l'étude du vomissement chez les tuberculeux. Thèse Paris, 1886.

*Lasègue.* — Etudes médicales. T. II.

*Lebert.* — Traité de la phtisie pulmonaire, 1879.

*Lescarret.* — Essai sur la pathogénie et le traitement des vomissements dans la phtisie pulmonaire. Th. Paris, 1885.

*Letulle.* — Troubles fonctionnels du pneumogastrique. Th. d'agrégation, 1883.

*Louis.* — Recherches sur la phtisie pulmonaire, 1843.

*Marfan.* — Troubles et lésions gastriques dans la phtisie pulmonaire. Thèse Paris, 1887.

— Nouvelles recherches sur les troubles et les lésions gastriques dans la phtisie pulmonaire. Congrès de la tuberculose, 1891.

*Mathieu.* — Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin. Paris, 1901.

*Mathieu et Sikora.* — Gazette des hôpitaux, 1898, septembre-octobre.

*Mathieu et J. Ch. Roux.* — Gazette des hôpitaux, décembre 1903.

*Morton.* — Opera medica, 1737. T. I<sup>er</sup>.

*Peter.* — Clinique médicale, 1879. T. II.

*Pidoux.* — Etudes générales et pratiques sur la phtisie. Paris, 1874.

*Raynal.* — Contribution à l'étude des vomissements dans la tuberculose pulmonaire. Thèse Lille 1880.

*Revol (Louis).* — La toux gastrique. Gazette des hôpitaux, 8 août 1903.

*Rilliet et Barthez.* — Traité des maladies de l'Enfance, t. III.

*Sée (Germain).* — De la phtisie bacillaire des poumons. Paris 1884.

— Des dyspepsies gastro-intestinales, 1881.

*Simonneau.* — Des vomissements chez les phtisiques. Thèse Paris 1881.

*Spillmann.* — Tuberculose du tube digestif. Thèse d'agrégation, 1878.

*Trousseau.* — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

*Varda.* — Des vomissements chez les phtisiques considérés au point de vue de leurs causes et de leur pathogénie. Thèse Paris 1876.